ITEM 067 : PRINCIPAUX TROUBLES DU NEURODÉVELOPPEMENT

TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE

Trouble du Spectre Autistique (TSA) = anomalies du développement apparaissant dans l'enfance, avec altération du développement harmonieux des fonctions cognitives intervenant dans la **communication** et la **socialisation.**
- Associé ou non à un **retard mental.**
- Prévalence = **1 %**, dont 2-3/1000 avec retards mentaux, prédominance masculine (4/1).
- Pendant l'enfance (avant 36 mois).
- Signes d'appel : stagnation ou une régression du développement socio-communicatif entre 12 et 24 mois, en particulier dans les domaines du langage oral et des interactions sociales.

PHYSIOPATH

= Trouble neurodéveloppemental d'origine multifactorielle :
- **Facteur génétique** fort : formes familiales (micro-délétions et mutations ponctuelles), facteurs génétiques additifs.
- **Anomalie cérébrale structurelle** (étude d'imagerie) : différences de volume global et de certaines zones (gyrus fusiforme, amygdale), différences d'épaisseur du cortex et de la SB, atypicités d'activations des réseaux entre le cortex préfrontal, l'amygdale, les aires temporales et le gyrus fusiforme, anomalies de connexion au sein de la SB.
- **Anomalie de la perception sensorielle et de l'intégration** : hypersensibilité à certains bruits, incapacité à atténuer le bruit ambiant, hypersensibilité au toucher épicritique au niveau de la tête et du tronc, résistance à la douleur, comportements visuels atypiques (évitement, hyperfixité…), déficit du traitement multisensoriel…

SYMPTOMATOLOGIE

2 domaines cliniques des troubles du spectre autistique :
- **Anomalie de la communication et des interactions sociales.**
- **Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts et des activités.**

Réciprocité sociale ou émotionnelle

= **Compétences sociales** : processus par lesquels 2 individus interagissent et stratégies de communication mises en œuvre pour entretenir leurs échanges.
- Consiste à savoir repérer les indices verbaux et non verbaux renseignant sur les intentions de l'autre, interpréter correctement ces indices, apporter une réponse appropriée et avoir envie d'interagir.

Compétences cognitives

Appétence à la socialisation	- 1re condition de maintien de la relation sociale. - Anomalies des relations sociales : absence ou anomalie du jeu. - Difficultés de compréhension des conventions sociales, aboutissant à : une maladresse sociale, un isolement relationnel (difficultés à se faire des amis) et un déficit de motivation sociale.
Attention conjointe (ou attention partagée)	= Attirer l'attention de l'interlocuteur sur un objet extérieur à l'aide d'échanges de regards, et comprendre lors l'interlocuteur veut attirer l'attention sur quelque chose. - Manifestation très tôt chez le nourrisson : **accroche du regard, sourires-réponses, expression du visage,** puis **gazouillis**, **imitation**, **manifestation motrice d'enthousiasme.** - **Pointage** (montrer du doigt) = emblématique de l'attention conjointe : **pointage instrumental proto-impératif** < 6 mois (= montre un objet qu'il veut ou un lieu où il veut aller) et **pointage proto-déclaratif** ou **communicatif** < 14 mois (montre avec enthousiasme un objet : chien, camion de pompier…) - Petit enfant : usage spontané de **gestes instrumentaux** à valeur sociale (oui/non de la tête, « coucou » ou « au revoir » de la main, lève les bras pour réclamer le portage).
Partage de plaisir	= Signes de réciprocité sociale : **échanges de regards**, **mimiques expressives**, **sourire-réponse** adapté à la circonstance, **cri de surprise.**
Reconnaissance des émotions	= **Empathie cognitive** : capacité à décoder les émotions primaires et complexes de l'interlocuteur à partir d'expressions faciales, indices dans la tonalité de la voix et postures corporelles.
Théorie de l'esprit	= Attribution d'un état mental (intention, croyance, connaissance) à une autre personne, et conception que cet état mental peut être différent du sien.

Anomalie d'attention conjointe	- Signes précoces : . Absence de **pointage instrumental proto-impératif < 6 mois.** . Absence de **pointage proto-déclaratif < 14 mois.** - Nourrisson trop calme, pouvant rester seul des heures, gazouillant peu ou pas. - Absence, rareté ou caractère fluctuant du contact oculaire. - Enfant souvent sérieux et impénétrable, ou avec une seule mimique en toute circonstance, plutôt solitaire, indifférent aux autres enfants ou les observant de loin sans chercher à interagir avec eux.

		Anomalie d'empathie et de théorie de l'esprit	= Difficulté à utiliser des codes sociaux de façon adaptée et pertinente. - **Défaut d'ajustement** et de **motivation sociale, isolement relationnel.** - **Maladresse sociale.**
	Troubles du langage verbal et non verbal	Anomalie de l'apparition	- **Retard d'apparition du langage**, jusqu'à **l'absence de langage verbal.** - **Apparition tardive d'un langage d'emblée complexe** classiquement décrit.
		Anomalie de l'aspect général	- **Prosodie anormale**, **guindée** ou **monocorde** ou **bizarre**, avec pauses inhabituelles dans la phrase, phrasé mécanique ou modulé de manière inhabituelle. - **Tonalité de voix inhabituelle** ou de modulations inadaptées au sens de la phrase.
		Anomalie du contenu	- **Langage très peu développé** : **vocalises, cris, écholalies** (immédiates ou différées), **stéréotypies verbales** (répétition de bout de phrases sans intention d'en partager le sens). - **Langage idiosyncrasique** : invention d'un nouveau mot pour désigner un objet et utilisation de ce mot de façon stable, en rapport avec le contexte où l'objet est désigné pour la 1re fois, sans rapport avec sa fonction ou sa forme, ni une déformation initiale (assimilable au « parlé bébé »). - **Inversion pronominale** : remplacement du « je » par le « tu » ou « il » ou par son prénom. ➔ Possible chez l'enfant sans trouble, mais disparition rapide avec acquisition du « je ». - **Choix des mots atypique, parler typé** avec langage guindé ou inadapté à l'âge (langage adultomorphe) ou désuet (d'une autre époque). - **Langage stéréotypé** : langage désuet, avec expressions et locutions complexes. - Difficultés à avoir des échanges réciproques.
		Anomalie de compréhension	- **Déficit d'accès à l'implicite** : incompréhension des sens sous-entendus et non littéraux. - Accès limité aux informations et sens contenu dans la **tonalité de voix** ou dans le **phrasé.** - Non-compréhension des informations dans les **expressions faciales** et **corporelles.** - **Troubles de la pragmatique du langage** : restriction d'accès au 2d degré, au langage imagé figuré et à l'implicite (incompréhension des proverbes, pris au pied de la lettre).
	Comportement stéréotypé	**Stéréotypie**	= **Mouvements répétitifs** du tronc, de la tête, du buste ou des membres supérieurs : **balancement de la tête, battements ou enroulement des mains, frottement**… - Moyen de lutte contre l'anxiété, d'expression d'un sentiment intense (frustration, colère, satisfaction) ou moyen de se stimuler. - Parfois **auto-mutilante** (morsure, se frappe…)
		Auto-stimulation	= « Jeu » avec le système sensoriel par stimulation. - **Visuelle** : regarder une ficelle secouée, une source lumineuse, un objet coloré… - **Auditive** : poser les mains sur les oreilles pour écouter les variations de bruit, jouer avec un bâton de pluie, frotter, taper une surface et écouter… - **Tactile** : se palper, se frotter, caresser ou frotter un objet à texture particulière. - **Olfactive** : sentir, renifler. - **Vestibulaire** : balancements, tourner.
	Intérêts restreints		- **Intérêt restreint** = ensemble restreint d'activités peu élaborés, envahissants et sans but de socialisation. - **Intérêt spécifique** = activité plus élaborée, mais concernant un domaine restreint, très envahissant (occupant tout le champ psychique de l'individu), qui en a une connaissance encyclopédique. ➔ A différencier d'une **marotte** ou d'un **hobby** : caractère envahissant monolithique, absence de partage du plaisir, impossibilité à s'adapter à son interlocuteur si celui-ci n'est pas intéressé.
	Autres symptômes		- **Adhésion inflexible à des routines, intolérance au changement** (besoin d'immuabilité). - **Attachement idiosyncrasique à des objets insolites.** - Utilisation répétitive des objets. - Intérêts excessivement circonscrits et persévérants. - **Peurs inhabituelles** par rapport à son âge chronologique. - Particularités sensorielles : **indifférence à la douleur ou à la température, hyperréactivité au bruit, hypo/hyperréactivité à certaines stimulations sensorielles.**
DG	Diagnostic positif		- Observation clinique : évaluation de la qualité de communication et de socialisation, existence de stéréotypies ou d'intérêts restreint ➔ mise en perspective avec le niveau développemental. - **Échelle ADI-R** (*Autism Diagnostic Interview*) : entretien semi-structuré, réalisé avec les parents. - **Échelle ADOS** (*Autism Diagnostic Observation Schedule*) : observation semi-structurée réalisée avec l'enfant, avec réalisation de tâches (construction, description, narration, jeux, faire semblant).

	Critères DSM-V de trouble du spectre autistique		A – Difficultés persistantes sur le plan de la **communication** et des **interactions sociales**, passé ou présent. B – **Comportements stéréotypés** ou **intérêts restreints**, passé ou présent. C – Symptômes présents depuis la petite enfance. D – Limitation ou altération du fonctionnement quotidien. E – Aucun retard du développement intellectuel ou retard du langage. Spécifier : - **Niveau cognitif** (associé à un déficit intellectuel) et de **développement du langage.** - Sévérité : stade 1, 2 ou 3. - Associé ou non à une **pathologie médicale**, **génétique** ou **développementale.** - Associé ou non à une **comorbidité psychiatrique** : TDAH, trouble de l'humeur, trouble anxieux, syndrome de Gilles de la Tourette… - Associé ou non à des **troubles moteurs, comportements explosifs, automutilant, catatonie.**
	Formes cliniques		- Présentation très hétérogène : de l'individu sans contact visuel ou verbal, avec des stéréotypies, jusqu'aux formes frustes avec langage à priori normal et fonctionnel, mais difficultés majeures de socialisation (parfois de diagnostic très tardif, à l'âge adulte). - Adulte : stratégies de compensation, situations sociales complexes posant problème (défaut d'intégration de l'attitude corporelle ou de la prosodie).
	Comorbidité		- **Retard global de développement** ou **retard mental** = **40 %** des cas : peut aggraver les manifestations autistiques. - **Symptômes obsessionnels-compulsifs** et **tics chroniques** (40 %). - **Troubles anxieux** : phobie spécifique (40 %), phobie ou anxiété sociale, anxiété généralisée. - **Symptômes anxiodépressifs** (notamment à l'adolescence). - **Trouble de déficit attentionnel/hyperactivité (30-40 %).** - **Troubles de l'acquisition de la parole et du langage (20 % des TSA sont non-verbaux).** - **Trouble de l'acquisition des coordinations motrices** (dyspraxie, dysgraphie, problème de posture de tonus musculaire et de latéralisation) et **troubles neuro-visuels.** - **Troubles spécifiques des apprentissages.** - **Épilepsie** (20 %) : risque encore plus élevé en cas de retard mental associé. - **Trouble du sommeil.** - **Syndromes catatoniques.**
	DD	Enfant	- Hypoacousie et surdité. - Autres troubles neurodéveloppementaux : . Handicap intellectuel. . Troubles de l'acquisition du langage. . Troubles du comportement, notamment TDAH. - Schizophrénie à début précoce.
		Adulte	- **Trouble de la personnalité** (notamment schizotypique, obsessionnel-compulsif). - **Schizophrénie.** - **Trouble déficit de l'attention/hyperactivité** associé à une maladresse sociale et une anxiété. - **Trouble anxiété sociale.** - **Trouble obsessionnel compulsif (TOC).** - **Troubles liés à des traumatismes ou facteurs de stress.**
ÉVOLUTION	Morbi-mortalité		- **Surmortalité** : **convulsions** ou **autre trouble neurologique**, **cause cardiovasculaire, accident** (et cause respiratoire chez les patients avec retard mental). - **Surmorbidité** : trouble spécifique de la communication limitant l'expression des besoins, moindre sensibilité à la douleur, défaut de dépistage de comorbidité, développement de symptômes schizophréniques après l'adolescence.
	Devenir social		- Forme légère sans retard : **isolement social**, **emplois sous-qualifiés** du fait de leur présentation inhabituelle et des stratégies sociales inefficaces. - Forme sévère ou avec retard : souvent **institutionnalisé.**
TTT	= Le plus précoce possible, adapté aux spécificités du patient, multidisciplinaire et coordonné par un médecin référent du soin, intensif et continu.		
	Bilan		- Systématique : . **Examen de la vision** et **de l'audition.** . **Consultation neuro-pédiatrique.** . **Consultation génétique** avec **caryotype, recherche d'X fragile** et **bilan métabolique.** . **Imagerie cérébrale** et **EEG de veille-sommeil.**
	Thérapie validée	**Thérapie comportementale intensive**	= **Méthode ABA** (*applied behavior analysis*) ou **méthode TEACH** (*treatment and education of autistic and related communication handicaped children*). - Programme structuré, codifié et intensif de 20-40h/semaine, avec 1 intervenant/enfant. - Apprentissage de comportements utiles à la communication et adaptés socialement par l'utilisation de stimulation, répétition et renforcement positif.

		Thérapie développementale	= ***Floor-time*, Denver Model, 3i, *Relationship development intervention.*** - Méthode intensive (40 h/semaine), codifiée, moins structurée, basée sur la motivation de l'enfant en continu pour initier des échanges réciproques (jeu…)	
		Prise en charge axée sur le langage et la communication	Trouble important du langage oral	**Rééducation orthophonique spécialisée** : langages alternatifs visuels. - **Méthode PECS** : communication par utilisation d'images et pictogrammes. - **Méthode MAKATON** : vocabulaire fonctionnel en signe (issus de la langue des signes) et en pictogrammes, en utilisant autant que possible la parole.
			Bon niveau de langage verbal	- **Programmes d'entraînement aux habiletés sociales** et/ou **d'affirmation de soi** : thérapie de groupe structurée et adaptée à chaque tranche d'âge. - **Rééducation orthophonique.** - **Thérapie cognitivo-comportementale** : axée sur les interactions sociales.
		TTT des comorbidités et symptômes envahissants	- **Guidance, thérapie cognitivo-comportementale** : symptômes obsessionnels, rigidité cognitive, intolérance au changement, symptômes anxieux et phobiques. - **Ergothérapie** : réduction de la gêne liée à la malhabileté. - **Psychomotricien** : diminution des troubles de tonus ou de posture. - **Associations de parents** : Autisme France, UNAPEI, Sésame Autisme, EgaliTED).	
	TTT	→ Aucun traitement curatif : uniquement symptomatique. - **Mélatonine** : régulation des cycles de sommeil pour obtenir un rythme normal. - **Antipsychotique de deuxième génération** = **rispéridone** : en cas d'agressivité et hyperactivité importante ou d'automutilations graves. - **Antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine** : en cas d'épisode dépressif caractérisé ou de troubles obsessionnels sévères. - **Méthylphénidate** : en cas de TDAH associé, selon le bénéfice/risque (aggrave les TOC, tics…)	
	Environnement	**Guidance des parents et aidants**	= **Programmes de guidance parentale et des proches** : programme structurée, en groupe de parents, axés sur la compréhension des symptômes, l'évitement ou la résolution des situations à risque et la mise en place d'une communication adaptée.	
		Aménagement en milieu scolaire	= Accueil en milieu scolaire dès que possible : depuis la loi de 2005. - **Projet d'accompagnement personnalisé (PAP)** : aménagements simples, hors MDPH. - **Projet personnalisé de scolarisation (PPS)** : aménagements pratiques à réaliser. - **Projet d'accueil individualisé (PAI)** : en cas de prise de traitement pharmacologique sur le temps scolaire. - **Programme personnalisé de réussite éducative (PPRE)** : accompagnement pédagogique pour des élèves en difficulté, mis en place par l'équipe pédagogique. - **Présence d'une Aide Humaine (AESH : accompagnant des élèves en situation de handicap).** - Scolarisation en classes à petits effectifs dédiées aux enfants ayant des besoins spécifiques : **classe UEMA** (unité d'enseignement maternelle autisme) en maternelle, **UEEA** (unité d'enseignement élémentaire autisme) ou **classe ULIS** à partir du primaire.	
		Aménagement professionnel	- **Travail en milieu ordinaire** ± **aménagements de poste** et des **horaires** de travail. - **Emploi protégé.**	
		Lieux de vie	- **Domicile familial.** - **Foyer d'accueil médicalisé** : hébergement et soins médicaux. - **Foyer de vie** : hébergement sans vocation de soin.	
	Structures de PEC	**Centre de Ressource Autisme (CRA)**	= Centres de consultation, évaluation et orientation dédiés aux **troubles autistiques.** - Missions : information, coordination des soins, accompagnement dans les démarches, dépistage, soutien, formation de la famille, conseils.	
		Structures médico-éducatives	- **SESSAD Autisme** (service d'éducation et de soins à domicile) : PEC multidisciplinaire et intégré au milieu scolaire, au domicile et dans les locaux de la structure. - **Instituts médico-éducatifs (IME), instituts médico-pédagogiques (IMP), instituts médico-éducatifs et professionnels (IMPRO).**	
		Structures de soin	- **Hôpital de jour** : soins sous forme d'ateliers et activités, avec une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, psychologiques, psychomotriciens, orthophonistes…) - **CMP, CMPP** et **CAMSP** : coordination de PEC, accompagnement à la mise en place des droits, orientation vers des structures adaptées, liaison avec l'école. - Plateformes de coordination et d'orientation **(PCO)** : engager l'intervention coordonnée de professionnels sans attendre la stabilisation d'un diagnostic.	
	Dispositions administratives		- Auprès de la **MDPH** : . **AEEH** : allocation d'éducation de l'enfant handicapé. . **PCH** : prestation de compensation du handicap. . **AJPP** : allocation journalière de présence parentale. - Auprès de la **Sécurité sociale** : **ALD** (**PEC à 100 %**).	

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE	Forme peu sévère	= Problème de flexibilité, difficultés d'organisation ou de planification, difficultés à entrer en relation avec les autres, stratégies sociales étranges ou inefficaces. - **Soutien et guidance individuelle**, **TCC**, **groupes d'entraînement aux habiletés sociales.** - **Guidance de l'entourage.** - **Aide à l'insertion professionnelle.** - Si besoin : **reconnaissance du handicap à la MDPH, PEC à 100 %.**
	Forme modérément sévère	= Difficultés marquées de communication verbale et non verbale, activités restreintes, difficulté à changer d'activité ou de centre d'intérêt. - PEC intensive multimodale : **aide à la communication, aménagement du quotidien, aide à l'autonomie dans la socialisation.** - **Accompagnement à la maison et sur le lieu d'occupation** (école, travail…) - **Reconnaissance du handicap à la MDPH** et **PEC à 100 %.** - Si besoin : ouvertures de droits pour une **allocation spécifique** ou des **aménagements du travail.**
	Forme sévère	= Trouble sévère de la communication, absence de langage, comportement très inhabituel et répétitif. - PEC très intensive : **aide au langage, aide à l'autonomie au quotidien**, voire **lieu de vie adapté.** - **Reconnaissance du handicap à la MDPH**, ouverture de droits pour **allocation spécifique**, voire si besoin **allocation complémentaire pour les aidants.**
PRÉVENTION	Primaire	**Consultation de conseil génétique** en cas d'atteinte génétique identifiée.
	Secondaire	**Programmes de dépistage** chez les enfants à risque : - Apparentés au 1er degré d'une personne présentant un trouble de la communication. - Atypicités du comportement à la crèche ou au jardin d'enfants.

TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ

= **TDAH** : prévalence = **5 %** des enfants et adolescents, prédominance masculine (3/1).
- Début parfois très précoce dans l'enfance, dès l'âge de la marche (avant 12 ans).
- Chez la fille : souvent sans hyperactivité, avec inattention prédominante, diagnostic souvent tardif.

SÉMIOLOGIE	**Hyperactivité**	**- Activité excessive, désordonnée, mal contrôlée, peu productive, ni efficace**, ne correspondant pas à ce qui est normalement attendu pour l'âge ou ce qui est demandé. **- Instabilité motrice** : ne peut pas rester assis, se lève souvent, court beaucoup, grimpe souvent… **- Sensation d'agitation intérieure.** **- Sommeil** souvent agité. - Dans quasiment tous les domaines de sa vie (familiale, sociale, activités extra-scolaires).
		Manifestations : - Agitation motrice permanente : bouge mains pieds, jambes, têtes, se tortille. - Incapacité à rester en place. - Bruyant dans ses activités, maladroit, brutal. - Prise de risque sans notion du danger.
	Impulsivité	**- Actions ou paroles impérieuses**, sans possibilité de différer, sans anticiper au préalable les conséquences négatives ou positives. **- Manque de planification mentale**, prise de décision trop rapide, prise de risque en conséquence. **- Sautes d'humeur, irritabilité, crises de colère, comportements agressifs.**
		Manifestations : - Précipitation pour répondre, sans attendre la fin de la question. - Incapacité en groupe à attendre son tour, rester dans la file. - Coupe la parole, interrompt souvent les autres, impose sa présence. - Logorrhée, ne tenant pas compte du contexte ou des gens. - Ne regarde pas avant de traverser une route.
	Inattention	**- Incapacité de soutien de l'attention, de la concentration, de persévérance.** **- Distraction par d'autres stimuli sensoriels extérieurs** (auditif, visuel…), **non inhibé.** - Difficultés de planification et de mémoire de travail, difficultés d'organisation. - Tendance à la procrastination. - Evitement et un manque de motivation pour les activités demandant un effort cognitif durable. - Oublis ou pertes. - Difficultés pour comprendre et suivre les règles et consignes. - Lenteur d'exécution**.**
		Manifestations : - Incapacité à faire attention aux détails, fautes d'étourderie dans ses devoirs ou ses activités. - Incapacité à soutenir son attention, arrêt rapide des activités, aucune persévérance. - Difficultés à écouter, retenir et faire ce qu'on lui dit, refus de se conformer aux consignes. - Difficultés d'organisation (gérer son cartable scolaire ou son agenda). - Oubli ou perte de ses jouets, habits, outils de travail… - Distractibilité par des stimuli externes, rêverie, « dans la lune ».
DIAGNOSTIC		- 3 syndromes : **inattention + impulsivité + hyperactivité.** - Début avant la puberté **< 12 ans.** - Symptômes persistants **> 6 mois**, présent dans **≥ 2 domaines** de la vie (familial, scolaire, extrascolaire, amical) et **altérant le fonctionnement** social, scolaire et familial, avec une **souffrance psychologique.** - Difficultés d'interaction sociale et conflits très fréquents.

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td>Forme clinique</td><td colspan="2">- Trouble attentionnel predominant.
- Trouble hyperactif/impulsif prédominant : surtout chez l'enfant d'âge préscolaire.
- Forme combinée : présence des 3 troubles à degrés égaux.</td></tr>
<tr><td>Comorbidité
(80 % des cas)</td><td colspan="2">- Autres troubles du neurodéveloppement : troubles des acquisitions et des apprentissages (présent chez 50 à 80 % des enfants TDAH, handicap intellectuel, trouble du spectre de l'autisme, tics).
- Troubles du comportement (TOP ou TC).
- Trouble anxieux (33 %), troubles de l'humeur.
- Troubles obsessionnels et compulsifs (TOC).
- Troubles du sommeil.
- Troubles addictifs.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ÉVOLUTION</td><td colspan="3">- Persistance des symptômes à l'âge adulte avec un retentissement fonctionnel (2/3 des patients).
- Retard dans le développement des capacités langagières, motrices et sociales.</td></tr>
<tr><td>Complications</td><td colspan="2">- Sociale : conflits intrafamiliaux, interactions familiales négatives, difficultés d'intégration, moqueries, harcèlement, conflits et rejet des pairs.
- Scolaire/professionnelle : difficultés d'apprentissage scolaire, échec scolaire, déscolarisation, difficultés de formation et d'intégration professionnelle, chômage, marginalisation, délinquance, criminalisation, conséquences judiciaires, retard et assiduité moindre, épanouissement et accomplissement professionnel moindre.
- Médicale non psychiatrique : en lien avec les comportements à risque.
- Psychiatrique : trouble du sommeil, trouble anxieux, épisode dépressif, risque suicidaire, abus ou addiction à des substances, troubles des conduites, personnalité antisociale.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">TTT</td><td colspan="3">= Le plus précoce possible, adapté aux spécificités du patient, multidisciplinaire et coordonné, intensif et continu.
- Éducation thérapeutique : en groupe ou en individuel.
- Rééducation des troubles des apprentissages spécifiques fréquemment associés.
- Associations de parents sont des partenaires indispensables (p. ex. : Hypersupers).
- Aménagements scolaires plus détaillés mis en place dans le cadre d'un PAP ou d'un PPS +/- AESH.</td></tr>
<tr><td>Psychothérapie</td><td colspan="2">- Thérapie cognitivo-comportementale (estime de soi, affirmation de soi, compétences sociales).
- Neuropsychologue/orthophoniste : remédiation cognitive en individuel ou en groupe.
- Guidance familiale et du patient, soutien psychologique.
- Psychothérapie groupale cognitivo-comportementale pour les parents : programmes d'entrainement aux habiletés parentales (PEHP).
- Thérapie familiale systémique si besoin.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Méthylphénidate</td><td colspan="2">= Psychostimulant dérivé des amphétamines : en 2^{de} intention, efficace chez 80 % des patients.
- À partir de 6 ans.
- À libération immédiate (Ritaline®) ou prolongée (Ritaline LP®, Quasym®, Concerta®).
- Prescription initiale et annuelle en milieu hospitalier, sur ordonnance hospitalière sécurisée, rédigée en toutes lettres, avec délivrance maximale de 28 cp, renouvelable tous les 28 jours par le médecin traitant.</td></tr>
<tr><td>EI</td><td>- Tics, labilité thymique, symptômes dépressifs, recrudescence anxieuse.
- Perte d'appétit, sècheresse buccale, nausée, céphalées, vertiges.
- Retard à l'endormissement, somnolence.
- Retard de croissance (réversible).
- Trouble du rythme cardiaque.
- Variations tensionnelles brutales : pic hypertensif ou chute tensionnelle.
- Crampes, dyskinésies, trouble de l'accommodation, convulsion.</td></tr>
<tr><td>CI</td><td>- Épisode dépressif non traité.
- Trouble anxieux sévère non traité.
- Grossesse/allaitement.
- Thyrotoxicose.
- Épilepsie non stabilisée.
- Glaucome.
- Angor, tachycardie, trouble du rythme.
- Anévrisme vasculaire.</td></tr>
<tr><td>Bilan pré-thérapeutique</td><td>- ECG recommandé.
- Mesure taille, poids, IMC.
- Si besoin : avis cardiologique, EEG, bilan thyroïdien (TSH, T3, T4).</td></tr>
<tr><td>Suivi tous les 6 mois</td><td>- Recherche d'effets secondaires psychiatriques et médicaux.
- Taille, poids, vitesse de croissance, appétit.
- Constantes cardio-tensionnelles : pouls, TA.
- ECG à chaque modification de posologie ou en cas de signes de trouble du rythme.</td></tr>
</table>